



## ויתור על סודיות רפואית וככללית

## **א. פרטי המצהיר והצהרת יתרו סודיות**

אנו החקים:							
שם האב	שם פרטי			שם משפחה			מספר זהות
רחוב	מספר טלפון			מספר תשליך	ת.ד	מ. דירה	מ. בית

השימוש במידע ייעשה לאוצר אירופ לביטוח וישראל תכניות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת חולים קודמת	מספר אישי בצה"ל	מספר חבר	סניף	שם קופת החולים

שפטות גוטוי השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בת' סחר, ניפוי

.4 .3 .2 .1

## **ב. במקורה של קטין**

שם המשפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס	מספר זהות
				★	
				★	

ג ייפי כה

הריני מיפוי את כוחו של נציג משרד ע"ד או מי שמציג כתוב הרשאה לפועל מטעם חברתו, קיבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה  
במקרה של גטיין - חתימת האפוטרופוס★

תאריך

ד. עד לחתימה

אבי הכהן מארש כי בתאריך הופיע בפני המבוקש (שם+ת.ז.) והחתם על מסמך זה.

עד להתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / אחות / רופא / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח ביצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - **כלול** צילום רישון.

תאריך לחתימת העד וחותמת כוללת מספר רישון ★	שם העד לחתימה	מספר זהות		

## ה. חתימת המבוטח

חתימת הmobxת ★		מספר זהות		שם פרטי ושם משפחה	
----------------------	--	--------------	--	-------------------------	--

